

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

---

VOL. XVIII

JUNHO DE 1957

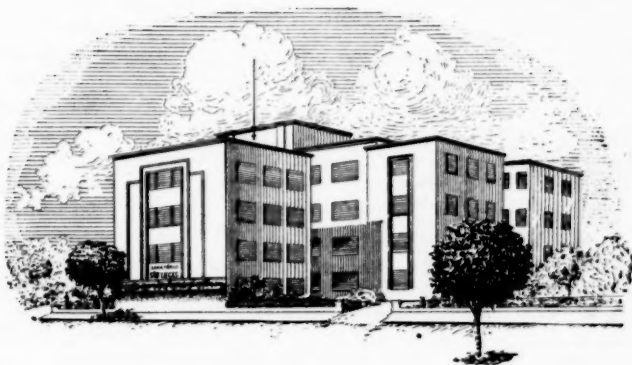
N.º 12

---

## Sumário:

	Pág.
<i>Morte súbita em obstetria</i> — Dr. WALDEMAR MACHADO .....	179
<i>Medicina Pitoresca</i> — Dr. ÊNIO BOTELHO PERRONE .....	187
<i>Índice geral do volume XVIII</i> .....	190

---



# Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

*Editado sob a direção do*  
DR. ADHEMAR NOBRE

*pelo*  
**SANATÓRIO SÃO LUCAS**  
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

*Diretor*  
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

---

## DIRETORIA 1957/1958



*Presidente :*

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

*Vice-Presidente :*

DR. PAULO R. C. REBOCHO

*Primeiro Secretário :*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Segundo Secretário :*

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITNER

*Primeiro Tesoureiro :*

DR. FERDINANDO COSTA

*Segundo Tesoureiro :*

DR. JOHN KOLB

*Bibliotecario :*

DR. NELSON CAMPANILE

*Conselho Consultivo :*

DR. PAULO G. BRESSAN

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. ROBERTO DELUCA

DR. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO

# BOLETIM

## DO

### SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVIII

JUNHO DE 1957

N.º 12

## Morte súbita em obstetrícia (\*)

Dr. WALDEMAR MACHADO

*(Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas)*

A morte súbita da mulher no período grávido puerperal pode ocorrer de maneira abrupta, com diagnóstico muitas vezes de difícil confirmação, e que só pode ser feito na maioria das vezes, na mesa de necropsia. Essas causas podem ser de origem do estado grávido-puerperal ou extra-genitais. Assim, podemos ter casos de mortes que sobrevêm lentamente, após período de agonia variável ou casos súbitos, rápidos.

Nos casos de morte lenta, não decorrentes do estado gravídico, temos aquelas oriundas de febres eruptivas, febre tifóide ou infecções crônicas, como tuberculose, nefrite, cardiopatias, volvo da sigmóide.

Quando a causa é súbita, temos os acidentes grávido-cardíacos, como edema agudo do pulmão, embolia etc., hemoptise fulminante, eclampsia com hemorragia cerebral ou bulbar, bocio sufocante, ruptura de gravidez ectópica, de vísceras como coração, baço, grande vaso, hemorragia por placenta prévia, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, traumatismo violento, ruptura do útero ou varizes vulvares.

Nos casos de morte súbita real, em gestante a termo ou próximo do termo, o diagnóstico é difícil, mormente nos casos de coma, sendo, entretanto, importante estabelecê-lo, para praticar a cesareana, em caso de feto vivo. Segundo Haller, a sobrevida do feto humano, em caso de morte materna, varia com a causa, sabendo-se, entretanto, que ele resiste a uma sobrevida longa nos casos de morte súbita — colapso, acidente — e é curta nos casos de agonia prolongada, como uremia. Quando se trata de asfixia, o feto sucumbe antes; quando é por óxido de carbono, entretanto, a sobrevida é longa, porque o sangue materno pode fixar o oxigênio do sangue fetal. A sobrevida é curta

(\*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 23 de abril de 1957.

nos casos de feto a termo, variando de alguns minutos até ¼ de hora. O parto normal post-mortem tem sido verificado, mas nesses casos raramente o feto nasce vivo.

Nos casos de agonia lenta ou graves (cardíacos) pode-se tentar salvar a vida do feto, pondo-se a família a par dos fatos e intervindo-se com seu assentimento.

A maneira de resolução depende, se a gestante entrou ou não em trabalho de parto. Quando já existe trabalho de parto, tenta-se o parto rápido, pelas vias naturais, com o auxílio, se necessário, de incisões de Dührssen e mesmo cesárea vaginal, se existem condições para sua execução.

Quando a gestante acaba de falecer e não há trabalho de parto, a operação cesareana dá resultados medíocres, 5%, segundo Maygrier e Schwab, porém, é indicada nos casos de nulíparas, com colo longo, fechado, bacia estreita, retraída, enfim, quando existe qualquer obstáculo intra-pelviano. Segundo os mesmos autores, o parto metódicamente rápido, por vias naturais, dá melhores resultados, 11 sobrevivências fetais em 27 casos, isto é, com incisões simples do colo ou cesareanas vaginais.

Assim, de uma maneira geral, podemos dizer que o colapso súbito e morte da gestante podem ser oriundos de hemorragia e choque, ocasionados por sua vez por algum acidente obstétrico, como por exemplo a ruptura de gravidez ectópica, a perfuração do útero por mola hidatiforme, a placenta prévia, o deslocamento prematuro de placenta normalmente inserida a ruptura uterina, a hemorragia post-partum, a inversão uterina, a ruptura de varizes dos ligamentos largos.

No decurso do trabalho de parto, também são numerosas as causas de morte súbita materna.

Assim, podemos ter anemia aguda por hemorragia e choque devidos à placenta prévia, ao descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina, ruptura duma víscera, acidentes cardio-pulmonares, como síncope, edema agudo do pulmão com ou sem hipertensão, asistolia, cardiopatias com proteinúria, embolia por trombos extensos, tuberculose e casos de infecções graves como colapso.

Os quadros de intoxicação endógena, como hiperêmese grávida, eclampsia, infecções, intoxicações exógenas por anestésicos ou lesões cerebrais com hemorragia cerebral ou bulbar.

Nos casos de embolia pulmonar, o coágulo oclue uma ou várias artérias pulmonares, provindo o êmbolo quasi sempre das veias trombosadas da pelvis ou coxas.

A embolia gasosa provoca algumas vezes morte rápida da gestante na gravidez ou no parto. Há referências de casos, em que se provocava o aborto por intermédio de injeção de ar na cavidade uterina. Em alguns casos de intervenções obstétricas, como na placenta prévia, há possibilidade de embolia gasosa, pela penetração do ar nas veias pelo conduto dos seios uterinos. Pode-se também

encontrar a presença de gases ocasionando embolia, provenientes de processos de decomposição no útero. Outro elemento que recentemente foi incluído neste grupo de acidentes agudos mortais da parturiente é a embolia por líquido aniótico e meconio, segundo trabalhos de Steiner e Lusebaugh. Para De Lee e Greenhill estes casos, antigamente, eram rotulados como choque obstétrico, atonia uterina post-partum idiopática com hemorragia, edema agudo do pulmão e outras afecções obscuras, somente elucidadas com a necropsia. Deve-se sempre suspeitar de embolia pulmonar por líquido aniótico nos casos de aparecimento súbito de choque, numa parturiente em trabalho de parto difícil ou que terminou parto desta índole, especialmente se se trata de grande multipara.

Outro fator importante na morte súbita no decorrer do trabalho de parto é o choque nervoso do parto, que pode levar à síncope e morte. Para De Lee e Greenhill, o choque psíquico concomitante ao parto pode ser fatal para a mãe. Daí, a indicação de se terminar o trabalho de parto naquelas parturientes com delírio agudo, resultante de dor excessiva, pois, esse estado pode levar a parturiente à perda do conhecimento devido à intensidade da dor, sendo então possível dar à luz sem que o saiba a mãe, assunto importante em medicina legal, principalmente, quando a mulher dá à luz e é acusada de infanticídio.

Após o parto operatório, em que a intervenção foi difícil, pode surgir o choque, levando a parturiente à morte, mesmo sem haver lesões importantes, como ruptura do útero ou hemorragia. Estes casos podem apresentar-se após aplicação de forcipe difícil, após incisões de Dührssen, após versões e grandes extrações, especialmente após vencer um anel de constrição, como muito bem acentuam De Lee e Greenhill.

São numerosos as causas que levam à morte rápida a puérperas, quer por fatores decorrentes do parto, quer por fatores alheios ao mesmo.

Senão vejamos. Quando o levantar de puérperas é tardio, é comum verificar-se vertigens, desmaios e mesmo síncope. Atualmente, o acidente por esta causa já é mais raro, pois, já se torna comum o levantar precoce nas clínicas obstétricas, dentro das primeiras 24 horas de puerpério, nos casos normais ou operatórios, como é nossa conduta na seção de maternidade do Sanatório São Lucas, o que constitui por si só uma profilaxia, pois em 4.369 partos atendidos, não temos a lamentar um só caso de morte materna por essa causa.

Há um grupo numeroso de casos de morte súbita de puérperas que não têm relação com o parto, como é o caso das pacientes com alterações cardio-pulmonares, especialmente a estenose mitral, a miocardite, o hidropericardio, a pericardite adesiva, o hidrotorax, a rotura de válvula cardíaca, as taquicardias anormais, os casos em que há deslocações do coração e pulmões por sifoescoliose. Entre nós, recentemente, contamos a morte de uma puérpera, 1.<sup>a</sup> gestação, que

há 3 anos sofrera uma intervenção em seu coração, por ser portadora de uma estenose mitral. Desejava ter filhos, teve o consentimento do cirurgião. Foi acompanhada pelo cardiologista durante a gestação, tendo entrado em ligeira descompensação no último trimestre de gravidez, com elevação de P.A., edemas discretos dos membros inferiores e dispnéia de esforço. Foi digitalizada e assim continuou até entrar em trabalho de parto. O seu período expulsivo foi aliviado com a aplicação de fórceps Marelli, baixo, vulvar, com anestesia local. Vista 8 horas após, estava bem, satisfeita, reclamando a presença da criança, que ainda não pudera afagar, pois, vira-a somente na sala de partos. Com 16 horas de puerpério, começou a ter dispnéia, cianose, pulso rápido, e arritmia. Tomadas todas as providências medicamentosas, não cedeu a sua crise de descompensação, vindo a falecer 27 horas após o parto. Confirma, assim, este caso, a gravidade das lesões cardíacas em determinadas pacientes.

Ainda, pelo esforço do trabalho de parto, pode resultar a ruptura do coração, baço, aorta, veias esplênicas, ou mesentéricas, do intestino da vesícula biliar (Ries), aderências peritoniais ou algum abscesso encapsulado (apendicular ou tubário) e deste modo dar origem ao colapso e à morte repentina. O mesmo esforço pode produzir a ruptura de algum vaso cerebral, de bronquiolos, ou do pulmão enfisematoso, uma hemoptise, hemorragias gástricas oriundas de úlceras gástricas, ruptura do pâncreas e das artérias esplênicas.

Finalmente, as neoplasias, os abscessos encefálicos, a trombose dos seios cerebrais e finalmente o envenenamento por drogas ou substâncias antissépticas, morfina, iodoformio, escopolamina, bicloreto de mercúrio, fenol, lisol, empregados principalmente em injeções ou lavagens intrauterinas pela entrada de ar ou demais substâncias nos seios uterinos ou na cavidade peritonal, são outras causas possíveis de ocasionar morte súbita, favorecidas em grande parte pela atonia do útero.

Outro fator importante neste grupo de afecções puerperais que ocasionam a morte súbita, são as complicações da infecção puerperal, com flebite da pélvis ou dos membros inferiores, sobre vindo a morte por embolia, embolia essa que se teme, se é patente a flebite nos membros inferiores ou que surge em casos em que não houve manifestação da infecção, quando a paciente se movimenta ou se levanta pela primeira vez, levantar tardio, por flebite uterina ou peri-uterina, sobretudo após uma refeição.

*Sintomas* — referiremos, de uma maneira esquemática, apenas os sintomas dos casos agudos, deixando de referir aqueles decorrentes de afecções crônicas ou intercorrentes o que seria demasiado neste trabalho.

Assim a embolia pulmonar e morte súbita é a forma mais frequente, sendo a paciente acometida subitamente, como que ferida por um raio, lança um grito, por dor precordial, tem sede de ar, torna-se

cianótica, apresenta-se edema agudo do pulmão, expectoração rosea sensação de morte iminente e falece em poucos minutos. Em casos raros há recuperação de um acesso, ou então tem vários, de intensidade moderada, porém, comumente, o segundo ou o terceiro ocasiona a morte. Quando a embolia é freqüente, pode haver recuperação da paciente. A embolia quase sempre é precedida de elevação da temperatura, moderada. Quando ocorre embolia gasosa, resultante de alguma intervenção local, a paciente entra em colapso, tem respiração difícil, dor precordial lancinante, coma e expira em 3 a 10 minutos. A autópsia mostra coração e vasos pulmonares cheios de sangue espumoso e a morte é causada por parada cardíaca.

### DIAGNÓSTICO

Nos casos de embolia pulmonar, os sinais moderados de choque, com dor no lado afetado, expectoração sanguinolenta, rosea, e ruído de atrito tornam possível o diagnóstico. Quando a paciente desmaia ou tem colapso após o parto, deve o obstetra repassar rapidamente em sua memória o curso do trabalho de parto e procurará ressaltar sinais de alguns estados mórbidos, como: hemorragia pós parto, ruptura do útero, inversão uterina, hemorragia intra peritoneal, traumatismo operatório excessivo, uremia, toxemia, eclampsia, descolamento prematuro de placenta, estados cardíacos e pulmonares, embolia, anestesia, lesões cerebrais, hemorragia cerebral ou bulbar, infecção puerperal, flebite e embolia, e endocardite vegetante, volvo do sigmóide.

*Tratamento:* Como tudo em medicina e numa especialidade em particular, tende-se sempre a promover a profilaxia, de modo a evitar complicações sérias, mormente no campo da obstetria. Assim, é de todo imprescindível o cuidado para evitar o choque e colapso nos casos de hemorragia, manipulações que possam favorecê-la, como a extração manual de placenta, a manobra de Credè a extração forçada através dum colo uterino não dilatado, demora no tratamento de placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta e a versão em caso de ameaça de ruptura uterina. O esgotamento da paciente é combatido por medicação sedativa e alimentação adequada, seguida de intervenção no momento oportuno, quando se faça necessária.

Segundo Mathews, deve-se injetar pródigoamente soluto de glicose, pois esta é "o agente terapêutico universal", é um alimento para todos os órgãos vitais, especialmente fígado e músculo cardíaco, não exigindo processo digestivo preparatório para a sua absorção, estimula a diurese, combate a acidose, eleva temporariamente a pressão sistólica e melhora a qualidade e reduz a freqüência do pulso. Dêsse modo, a administração de glicose não só contribui para evitar o choque, como também auxilia a combatê-lo. Nas pacientes esgotadas, as portadoras de infecções respiratórias, toxemia, diabetes, deve-se



evitar a anestesia geral, que é fator coadjuvante ao choque, e deve preferir-se a infiltração local.

Durante o parto, deve evitar-se as manipulações bruscas, como a manobra de Kristeller, nas parturientes esgotadas.

No combate ao choque, a medicação soberana é a transfusão de sangue e concomitantemente administração de soluto glicosado. No caso de edema agudo de pulmão, são empregadas as medidas correntes de assistência a esse síndrome agudo.

Como profilaxia da embolia por líquido aniótico, deve administrar-se à gestante vitamina A, para diminuir o enduto sebáceo; combater a tetânia uterina; ter cuidado na injeção de adrenalina e transfusão de sangue nestes casos, que ocasionam aumento de pressão pulmonar, favorecendo o aparecimento do edema agudo de pulmão: a administração de oxigênio por cateter ou em tenda.

Nos casos de embolia por coágulo sangüíneo, tentar a operação de Trendelenburg, eparina, dicumarina, papaverina.

Efeitos tardios do colapso: Quando houve hemorragia, segundo Sheehan em 51 casos próprios e 70 da literatura, há o aparecimento de perturbações decorrentes da necrose da glândula pituitária e estudos seguidos, em pacientes assim atingidas, revelaram grau variável de sintomas flagrantes de insuficiência hipofisária, que se caracteriza pelo seguinte: ausência de secreção láctea, às vezes hipoglicemia, super-involução uterina, atrofia dos genitais externos, as menstruações não reaparecem, há ausência da libido, perda progressiva de pelos axilares e pubianos, apatia, incapacidade para os trabalhos domésticos, sensibilidade ao frio, estado mixedematoso às vezes ou senilidade precoce, hipopíese, M B — 25% ou às vezes mais, anemia hipocrômica, acompanhada de eosinofilia, a taxa de colesterol sangüíneo é baixa. Esses sintomas exacerbam-se após 20 ou 30 anos, tornando a paciente uma mixedematosa, caindo em estado de coma, por anorexia pura ou outra afecção intercorrente. A necropsia revela uma hipófise representada apenas pela cicatriz da necrose originária, atrofia das cápsulas suprarrenais, tireóide com atrofia fibrosa, útero e ovários diminuídos, e o volume das vísceras é de pequeno tamanho.

A medicação substitutiva não tem dado resultados satisfatórios, porém, se sobrevém nova gravidez, desaparecem os sintomas, e a cura é definitiva, o que se deve, provavelmente, a uma hipertrofia das porções que restaram do tecido do lóbulo anterior da hipófise.

Como remate final às nossas considerações em torno do tema "Morte súbita em obstetrícia" apresentamos a estatística de nossos casos, que compreende um total de 4.369 parturientes, correspondendo a internação nos anos de 1951 a 1956 inclusive.

Assim, nesse total encontramos 6 casos de morte materna, o que corresponde a 1,37 por mil.

1.º Caso — E. C. S., preta, brasileira, 23 anos, casada, doméstica, secundigesta, primipara. Após 16 h 50' de trabalho apresentou-se hipersístolia irremovível e



sofrimento fetal pelo que foi indicada a intervenção cesareana, dada a impossibilidade de resolução por via baixa. Levada à mesa de cirurgia foi feita a raquicênese e injeção de 3cc de Sclerocaina C a 5%. Colocada a paciente em decúbito dorsal, em ligeiro Trendelenburg, verificou-se, ao praticar-se a antisepsia da pele, a síncope respiratória, irremovível. Assim mesmo praticou-se a cesariana, conseguindo-se retirar feto vivo, sexo masculino pesando 3.740 g.

2.º Caso — R. P. S., branca, brasileira, 28 anos, casada, doméstica, primigesta. Apresentação podálica. Para resolução do parto foi feita anestesia geral com protóxido de azoto e éter e Kondrocurare 2cc. Sobrevieram vômitos, com obstrução brônquica total, verificada pela broncoscopia, ocasionando a morte por asfixia. Feto bem, apresentando anomalia congênita, meningocele.

3.º Caso — M. M. S., branca, brasileira, 30 anos, casada, doméstica, sextigesta quartipara. Parto normal, prematuro, 29.ª semana, feto feminino em boas condições. Insuficiência cardíaca, edema agudo do pulmão e morte.

4.º Caso — J. F. B., branca, brasileira, 33 anos, casada, doméstica, tercigesta, secundipara. P. A. 210 x 160. Eclampsia, com várias crises convulsivas antes do parto. Parto normal. Persistiu coma, sobrevivendo atonia uterina com hemorragia e anemia aguda, pelo que foi indicada a histerectomia. Morte após 1h30' desta intervenção e após 16h45' do parto.

5.º Caso — I. D. C., branca, brasileira, 36 anos, casada, doméstica secundigesta, primipara. Com a indicação de parada de progressão e sofrimento fetal, foi tentada a extração fetal por forcipe, o que não se conseguiu. Verificou-se então a presença de anel de constrição. Aprofundou-se a anestesia para resolvê-lo e foi feita a extração fetal após versão e grande extração, havendo ainda encravamento das espáduas. Feto masculino, pesando 4.760g natimorto. Sobreveio o choque obstétrico irremovível, levando a genitora à morte.

6.º Caso — O. Z. A., branca, brasileira, 21 anos, casada, doméstica 1.ª gesta. Descolamento prematuro de placenta. Parto normal após 18h55' de trabalho. Feto masculino, 3.320g natimorto. Sobreveio atonia uterina, hemorragia choque e morte materna.

O seguinte quadro engloba os vários casos:

- 2 casos por anestesia
- 1 caso por edema agudo do pulmão
- 1 caso por eclampsia
- 1 caso por choque obstétrico
- 1 caso por atonia uterina, hemorragia e anemia aguda

## RESUMO

Iniciando seu trabalho, refere o A. as causas que produzem a morte súbita em obstetrícia, desdobrando-as em causas decorrentes do estado gravídico e causas decorrentes de afecções em órgãos nobres, distantes da esfera genital.

Em seguida subdivide os casos, segundo a gestante não está ou está em trabalho de parto e neste último, se a morte ocorre durante o trabalho de parto ou após o mesmo.

Passa em revista ligeiramente a sintomatologia dos casos mais freqüentes, o que possibilita diagnóstico rápido e tratamento o mais precoce possível, iniciando-se pela profilaxia de fatores que possam dar origem à morte súbita em obstetria.

Ressalta as lesões da hipófise, decorrentes do parto, o mixedema e a cura quando sobreveem nova gestação.

Na estatística de seu serviço são encontrados 6 casos de morte súbita materna, num total de 4.369 parturientes, o que corresponde a 1,37 por mil, tendo como causa:

2 por anestesia	{ 1 por raqueanestesia
	1 por anestesia geral
1 por edema agudo do pulmão	
1 por eclampsia	
1 por choque obstétrico	
1 por atonia uterina	

## S U M A R Y

In the beginning of this work, the author relates the reasons of the sudden death in obstetrics dividing it in causes concerning the pregnancy status and causes concerning affections of other main organs far from the genital circle.

After, he subdivides the cases regarding if the patient is in labor or not, and in the case of being in labor, if death occurred during or after it.

The author also review the symptoms of the most frequent cases, which will allow a rapid diagnosis and early treatment starting with the prevention of the factors that can determine the sudden death in obstetrics.

He call the attention to the hypophysis diseases secondary to the delivery; the myxedema and its cure when a new pregnancy appears. The data of the author service reveals 6 cases of maternal sudden death in 4.369 obstetric patients, which gives a ratio of 1.57 in 1000 cases.

The causes of death of this 6 cases were:

2 cases of anesthetic death. One by general anesthesia and one by spinal anesthesia  
1 case of acute pulmonary edema  
1 case of eclampsy  
1 case of obstetric shock  
1 case of uterine atony

## Medicina Pitoresca (\*)

DR. ÊNIO B. PERRONE

(Médico da Casa de Saúde S. Lucas — de Presidente Prudente)

Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina de Presidente Prudente e palestra posteriormente feita no Sanatório S. Lucas, não visa nêle o Autor criticar o paciente, a quem não cabe culpa, por suas frases sem nexos, mas sim servir de lembrete para que os médicos prestem auxílio a melhoria da educação do padrão de vida dos caros patrícios, que em geral labutam de sol a sol.

Visa também fazer com que os médicos novatos se identifiquem com a original sinonímia, proveniente em geral, das correntes imigratórias, quer internas, quer externas.

Dentre inúmeras frases, ora desajustadas, ora absurdas, proferidas por pacientes e clientes, algumas vão aqui transcritas.

**Nomes.** — Nos nortistas é comum darem o sobrenome alemão-o. Ex.: Maria Cardosa, filha de João Cardoso; Gelsina de Aquina, filha de Leôncio Aquino; os nipo-brasileiros costumam dar o seu nome de batismo brasileiro, dando, em consulta subsequente, apenas o seu verdadeiro nome, o que dificulta sobremaneira o encontro das fichas. A alteração do nome do médico é comum: Dr. Gurgé, Dr. Saraiva (Cervavolo). Um japonês dizia ter se consultado com o Dr. "Bicho Que Come Galinha" (difícil descobrir que se tratava do Dr. Raposo).

**Estado civil.** — É comum a resposta de que é casada "no eclesiástico" referindo ser casada só na igreja. Outra interrogada sobre o seu estado civil, respondeu "sou solteira, mas sou artista".

**Nacionalidade.** — Perguntando ao tipo italianado, que se apresentou acidentado à consulta: Você é italiano? "Si"; de que cidade? "Araraquara".

**Queixa e duração.** — É necessário que o médico saiba interrogar usando termos de acordo com o nível intelectual e a procedência do paciente.

(\*) Apresentação feita à Sociedade Médica São Lucas em 29-1-57.

A um dos pacientes perguntando: O que é que você tem?, a resposta não se fez esperar: "Se soubesse o que tinha, não precisava vir a V. S.; é para saber o que tenho que lhe procurei".

Na queixa há também frases interessantes:

"Sinto uma agonia"...

"Sinto uma gastrura"...

"Eu sou ressecante"... (prisão de ventre).

"Tenho as mensagens apagadas"... (menstruação escassa).

"As visitas são demoradas" (menstruação demorada).

"Tenho um constipado desde criança, pois minha finada mãe dizia que tôda a criança batizada com catarro no peito, nunca mais sara".

"Tenho uma bola que anda, que outra coisa não pode ser senão a mãe do corpo".

"Estou com tosse de fio de cebola" (chiados).

"A benzedeira falou que era espinhela caída e que faltava dois dedos para encostar no fígado e, se isso acontecesse não tinha mais cura".

"Vim consultar porque tenho dor de mocotó".

"A família de M. B. atribuía uma cefaléia e psico-neurose da paciente ao fato de "não ter vomitado anestesia venosa na terceira vez em que foi por um colega operada".

"Estou há cinco dias sem fazer o preciso" (evacuar).

M. A. J. — "Penso que estou grávida, pois o Dr. S. que me desligou, o fez por seis meses e já passou o prazo".

L. M. — "Estou com o Chico" (incomodada).

"Tenho um chiado no peito a duas ou três vozes".

"A ferida da perna tem um almiscar muito ruim".

"Vim aqui para ficar desenganada. Gosto de procurar médico que desengane de uma vez".

"Os orvalhos (ovários) o médico não tirou — limpou eles e depois pôs no lugar".

Come carne? — "Sim, quando tem".

Teve sífilis? — "Fui pai e mãe da sífilis em solteiro".

Você tem filhos? — "Não. Não tenho, não senhor". Nunca teve? — "Sim, 10 no Norte".

"Minha apenci foi muito grave pois media 15 centims".

**Antecedentes familiares.** — "Minha mãe faleceu dos "incomodos dela mesmo", foi a expressão que usou um paciente, por ignorar a causa da morte de sua progenitora.

"Minha tia foi operada dez vêzes, tendo ficado só com um corinho por fora; tiraram a madre, o utre, o orvalho, os rins,

penis estuporada e as trompa. Também depois a enfermeira tirou ela da mesa, pôs na padiola e foi direitinho para o necrotério".

"Meu tio foi operado de úlcera que pesava um quilo e meio".

**Hábitos.** — "Paciente que sendo diabético, julgava melhorar tomando sua própria urina, a fim de não perder açúcar.

E' comum, nos quartos de parturientes fecharem as janelas e as portas, para as mesmas não perderem as forças. E' freqüente também o marido vestir o paletó no avêso ou colocar o chapéu no avêso em casos de retenção placentária, pensando com isso favorecer a saída da "companheira".

"Doente que quando toma remédio para amarelão — não sai do quarto, para não ver mato verde, senão os bichinhos não saem".

**Exame físico geral.** — Paciente que a primeira vez vem ao consultório médico, ao receber a solicitação do médico: "tire a camisa para eu examinar", não teve dúvidas, e tirou a camisa e entregou-a para que o médico examinasse.

Inúmeras outras frases interessantes, terapêutica pessoal, simpatias, etc., completam êsse interessante trabalho do Autor.

June 1951 issue

## INDICE GERAL DO VOLUME XVIII

### A

ALGODOAL (F. Caldeira) — *Nistatina — Um novo antibiótico antimonilia* —, 59.

ALMEIDA (Alceu Santos de), BETEGA (João Luiz), NETTO (Francisco Boscardin), GUARINELLO (Paulo E.), BEDUCHI (Amadeu) — *Pneumonólise extraperiosteal com acrílico (lucite)* —, 185.

*Archivo Hospitalar. Rol Pedagógico del.* —, 115.

### B

BATAGLIA (Alberto), MANZONI (Ecio) — *Microreaccion de Migliano en la exclusion de la sífilis en los hemodadores* —, 156.

BEDUCHI (Amadeu), BETEGA (João Luiz), ALMEIDA (Alceu Santos de), NETTO (Francisco Boscardin), GUARINELLO (Paulo E.), — *Pneumonólise extraperiosteal com acrílico (lucite)* —, 185.

BETEGA (João Luiz), — ALMEIDA (Alceu Santos de), NETTO (Francisco Boscardin), GUARINELLO (Paulo E.), BEDUCHI (Amadeu) — *Pneumonólise extraperiosteal com acrílico (lucite)* —, 185.

### C

CAMPUS (Helena), MELLONE (Osvaldo), RUSSI (Ademar A.), — *Importância clínica dos sub-grupos do fator Rh.* —, 19.

*Câncer. — A ressecção gástrica fora da úlcera e do* —, 51.

*Cirúrgica. — Tratamento da parada cardíaco-respiratória na sala* —, 67.

*Cistes, sinus e fistulas* —, 40.

Colégio Internacional de Cirurgiões. — O —, 35.

Congreso anual de la Asociacion Britanica de Cirujanos Plastico —, 110.

Congreso de Cirurgia. Apreciaciones sobre um —, 136.

Congreso Latino Americano de Cirurgia Plástica. VIII —, 99.

### D

*Delinquência infantil* —, 73.

### E

*Eclampsia e seu tratamento* —, 147.

*Escuelas de Medicina en Inglaterra* —, 171.

### F

FÁVERO (Flamínio) — *Delinquência infantil* —, 73.

*Fator Rh. — Importância clínica dos sub-grupos do* —, 19.

*Ferimentos por bala. — Conduta na hérnia estrangulada e nos* —, 153.

### G

*Gástricas. — O diagnóstico radiológico de lesões* —, 179.

GUARINELLO (Paulo E.), BETEGA (João Luiz), ALMEIDA (Alceu Santos de), NETTO (Francisco Boscardin), BEDUCHI (Amadeu) — *Pneumonólise extraperiosteal com acrílico (lucite)* —, 185.

## H

Harold Gillies *sigue trabalhando*. Sir —, 140.

Hérnia estrangulada e nos ferimentos por bala. — Conduta na —, 153.

Historicidade de São Lucas Médico —, 83.

## I

Infantil. — Delinquência —, 73.

## J

JURGIELEWICZ (Carlos Alberto) — Tumor mixto da parótida —, 26.

## K

KOLB (John Benjamin) — Tratamento da parada cárdio-respiratória na sala cirúrgica —, 67.

## L

Lesões gástricas. — O diagnóstico radiológico de —, 179.

LIBERALLI (Carlos H.) — Historicidade de São Lucas médico —, 83.

Literatura Médica —, 46, 79, 96, 160.

## M

MACHADO (Waldemar) — Apreciações sobre um congresso de cirurgia —, 136.

MACHADO (Waldemar) — Eclampsia e seu tratamento —, 147.

MACHADO (Waldemar) — Morte súbita em obstetria —, 179.

MACHADO (Waldemar) — Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas —, 163.

MANZONI (Ecio), BATAGLIA (Alberto) — Microreacción de Migliano en la exclusion de la sífilis en los hemodadores —, 156.

Mãos à obra! companheiros —, 119.

Maternidade do Sanatório São Lucas. Movimento da Secção de —, 163.

Medicina em Inglaterra. Escolas de —, 171.

Medicina Pitoresca —, 187.

MELLONE (Oswaldo), RUSSI (Ademar A.), CAONPUS (Helena) — *Importância clínica dos sub-grupos do fator Rh*. —, 19.

Microreacción de Migliano en la exclusion de la sífilis en los hemodadores —, 156.

Migliano. La Reacción de —, 131. Morte súbita em obstetria —, 179.

## N

NETTO (Francisco Boscardin), ALMEIDA (Alceu Santos de), BETEGA (João Luiz), GUARINELLO (Paulo E.) e BEDUCHI (Amadeu) — *Pneumonólise extraperiostal com acrílico (lucite)* —, 185.

Nistatina — Um novo antibiótico. Antimonilia —, 59.

## O

Obstetria. Morte súbita em —, 179.

## P

Parada cárdio-respiratória na sala cirúrgica. Tratamento da —, 67.

PERRONE (Enio Botelho) — *Medicina Pitoresca* —, 187.

Pneumonólise extraperiostal com acrílico (lucite) —, 185.

## R

RABORG (César), VERGARA (Alberto Carrion) — *Rol Pedagógico del Archivo Hospitalar* —, 115.

Reacción de Migliano. La —, 131.

Ressecção gástrica fora da úlcera e do câncer —, 51.

RIBEIRO (Eurico Branco) — *A ressecção gástrica fora da úlcera e do câncer* —, 51.

RIBEIRO (Eurico Branco) — *As úlceras gástricas perante o radiologista e o clínico* —, 24.

RIBEIRO (Eurico Branco) — *Conduta na hérnia estrangulada e nos ferimentos por bala* —, 153.

RIBEIRO (Eurico Branco) — *Mãos à obra! companheiros* —, 119.



RIBEIRO (Eurico Branco) — *O Colégio Internacional de Cirurgiões* —, 35.

RIBEIRO (Eurico Branco) — *O diagnóstico radiológico de lesões gástricas* —, 179.

*Rol Pedagógico del Archivo Hospitalar* —, 115.

ROLIM (Thelbas José de Vasconcelos) — *Cistes, sinus e fistulas* —, 40.

RUSSI (Ademar A.), MELLONE (Oswaldo), CAMPUS (Helena) — *Importância clínica dos sub-grupos do fator Rh* —, 19.

## S

*Sanatório São Lucas* — Comunicações feitas —, 31, 190.

*Sanatório São Lucas* — Movimento Cirúrgico —, 30, 61, 112, 144.

*Sanatório São Lucas* — Reuniões do Corpo Médico —, 128, 174, 188.

*São Lucas médico*. Historicidade de —, 83.

*Sífilis en los hemodadores*. *Micro-reaccion de Migliano en la exclusion de la* —, 156.

*Sinus e fistulas*. *Cistes* —, 40.

*Sociedade Médica São Lucas* — Comunicações feitas —, 31, 142, 190.

## T

TROPEANO (Antonio) — *La Reaccion de Migliano* —, 131.

*Tumor mixto da parótida* —, 26.

## U

*Úlcera e do câncer*. *A ressecção gástrica fora da* —, 51.

*Úlceras gástricas perante o radiologista e o clínico*. *As* —, 24.

## V

VERGARA (Alberto Carrion) — *Congreso anual de la Asociacion Britanica de Cirujanos Plasticos* —, 110.

VERGARA (Alberto Carrion) — *VIII Congreso Latino Americano de Cirurgia Plástica* —, 99.

VERGARA (Alberto Carrion) — *Escuelas de Medicina en Inglaterra* —, 171.

VERGARA (Alberto Carrion), RABORG (César) — *Rol Pedagógico del Archivo Hospitalar* —, 115.

VERGARA (Alberto Carrion) — *Sir Haroldo Gillies sigue trabajando* —, 140.